

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL SOBREPESO
Y OBESIDAD INFANTIL**

**Tesis para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

MANUEL FERIA MOLINA

Director (es):

DRA. CS. SILVIA MARÍA GUADALUPE GARRIDO PÉREZ

MSC. ROSA MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2024



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023

Of. No. 672/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Manuel Feria Molina
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL" con índice de similitud 12% y registro del proyecto No. JI-PG-258; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Isabel Avalos García, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dra. Elia Gabriela Fria Reyes, Dr. Pedro Antonio Benitez Cruz y la Dra. Maria Luisa Castillo Orueta. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez y la MSC. Rosa María Sánchez Rodríguez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. - Director de tesis
- C.c.p.- MSC. Rosa María Sánchez Rodríguez. - Director de tesis
- C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García. - sinodal
- C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. - Sinodal
- C.c.p.- Dra. Elia Gabriela Fria Reyes. - Sinodal
- C.c.p.- Dr. Pedro Antonio Benitez Cruz. - Sinodal
- C.c.p.- Dra. Maria Luisa Castillo Orueta. - sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC*MCML/DC*OGMF/ypc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 14:30 horas del día 15 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL"

Presentada por el alumno (a):

| | | |
|------------------|---------|------------|
| Feria | Molina | Manuel |
| Apellido Paterno | Materno | Nombre (s) |

Con Matricula


2 1 1 E 7 0 0 5 5

Aspirante al Grado de:

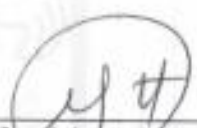
Especialista en Medicina Familiar

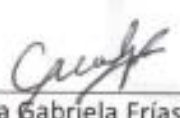
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL


 Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez
 MSC. Rosa María Sánchez Rodríguez
 Directores de tesis


 Dra. María Isabel Avalos García


 Dra. Guadalupe Paz Martínez


 Dra. Elia Gabriela Frías Reyes


 Dr. Pedro Antonio Benitez Cruz


 Dra. María Luisa Castillo Orueta

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 27 del mes de Noviembre del año 2023, el que suscribe, Manuel Feria Molina, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70055 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Factores familiares que influyen en el sobrepeso y obesidad infantil**", bajo la Dirección del Dra. Silvia María Guadalupe Garrido, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a través de las direcciones electrónicas siguientes: feria_988@hotmail.com garridosilvia25@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Manuel Feria Molina

Nombre y Firma

Sello



AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme ser parte de esta noble profesión, por bendecir cada paso que doy y guiarme en mi camino.

A mis directores de tesis, que fueron parte fundamental en este trabajo, a la Dra. María Isabel Ávalos García, quien me apoyó y asesoró, brindándome todos sus conocimientos y experiencias como experta en este trabajo.

A la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez por apoyarme en todo momento y dedicarme su tiempo en conocimientos muy valiosos para esta tesis.

A mi maestra, la Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez por ser mi asesora en estos tres años de esta noble y hermosa especialidad. Por brindarme los conocimientos y hacerlo con mucha dedicación y amor.

A todos mis maestros de clases, quienes con mucha dedicación compartieron los conocimientos y sus experiencias académicas.

A mis padres por estar a mi lado y ser parte de mis experiencias y también vivirlas junto conmigo.

Al CESSA Tierra Colorada (profesores y trabajadores) por permitirme estar en esta especialidad tan maravillosa y emocionante como lo es la medicina familiar.

A mi familia y amigos por regalarme parte de su valioso tiempo y palabras motivadoras en su momento, agradezco por eso por tenerlos a mi lado.



DEDICATORIA

A Dios por permitirme estar en esta emocionante especialidad y mantenerme hasta el final, por darme la oportunidad de explorar lo maravilloso de la medicina familiar.

Le dedico este momento a mi familia, que significan mucho para mí, se lo entrego con mucho esfuerzo, desvelos y amor, esperando que se sientan orgullosos de mí, valoro cada esfuerzo que han realizado por mí.

A mis maestras la Dra. María Isabel Ávalos García, la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez y a la Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, por sus conocimientos compartidos, por su esfuerzo y dedicación en cada momento para la formación de esta noble y fantástica especialidad que es la medicina familiar.

A mis profesores del CESSA Tierra Colorada por sus enseñanzas, tiempo compartido y valiosa amistad.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Contenido | |
| ÍNDICE DE TABLAS | I |
| RESUMEN | III |
| ABSTRACT | IV |
| ABREVIATURAS | V |
| GLOSARIO DE TÉRMINOS | VI |
| 1.INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2.MARCO TEÓRICO..... | 3 |
| 2.1 GENERALIDADES DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO | 3 |
| 2.2 SOBREPESO Y OBESIDAD Y LA ESCUELA..... | 3 |
| 2.3 PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL | 4 |
| 2.4 LA FAMILIA EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL | 5 |
| 2.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL.... | 6 |
| 2.6 ESTUDIOS RELACIONADOS | 8 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 4.JUSTIFICACIÓN | 15 |
| 5. OBJETIVOS..... | 17 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL | 17 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 6.MATERIALES Y MÉTODOS | 18 |
| 6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO, POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO. | 18 |
| 6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 19 |
| 6.2.1 Criterios de inclusión:..... | 19 |
| 6.2.2 Criterios de exclusión:..... | 19 |
| 6.3 VARIABLES | 19 |
| 6.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO | 20 |
| 6.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN LA INVESTIGACIÓN. | 20 |



| | |
|--|----|
| 7. PROCEDIMIENTO, INSTRUMENTOS, RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS..... | 22 |
| 7.1 PROCEDIMIENTO | 22 |
| 7.2 INSTRUMENTOS..... | 23 |
| 7.3 CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS..... | 23 |
| 7.4 TEST FF-SIL (TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR) | 24 |
| 7.5 ESCALA DE AUTOCUIDADO DE LA FAMILIA..... | 25 |
| 7.6 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN..... | 26 |
| 7.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN..... | 26 |
| 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 28 |
| 9. RESULTADOS..... | 29 |
| 10. DISCUSIÓN..... | 49 |
| 11. CONCLUSIONES..... | 51 |
| 12. RECOMENDACIONES..... | 52 |
| 13. ANEXOS | 54 |
| 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 57 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Estado nutricional de los niños del quinto año escolar..... | 15 |
| Tabla 2.- Características sociodemográficas de las familias con hijos con sobrepeso y obesidad..... | 16 |
| Tabla 3. Características de las familias con hijos con sobrepeso y obesidad..... | 18 |
| Tabla 4. Funcionalidad familiar en la familia de los escolares..... | 19 |
| Tabla 5. Alteraciones en las Dimensiones de la Función Familiar (FF SIL)..... | 19 |
| Tabla 6. Percepción de empoderamiento en salud de los padres de los escolares en estudio..... | 20 |
| Tabla 7. Funcionalidad familiar y sexo de los padres de los escolares..... | 21 |
| Tabla 8. Funcionalidad familiar y religión que profesan los padres de los escolares..... | 21 |
| Tabla 9. Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico de los padres de los escolares..... | 22 |
| Tabla 10. Funcionalidad familiar y escolaridad de los padres de los escolares..... | 23 |
| Tabla 11. Funcionalidad familiar y estado civil de los padres de los escolares..... | 24 |
| Tabla 12. Funcionalidad familiar y enfermedades que padecen los padres de los escolares..... | 25 |
| Tabla 13. Funcionalidad familiar y padres de escolares con antecedentes de enfermedades crónicas..... | 26 |
| Tabla 14. Funcionalidad familiar y su familia con base a su desarrollo, de los padres de los escolares..... | 27 |
| Tabla 15. Funcionalidad familiar y su familia con base a su demografía de los padres de los escolares..... | 28 |
| Tabla 16. Funcionalidad familiar y su familia con base a su integración de los padres de los escolares..... | 28 |
| Tabla 17. Funcionalidad familiar y la fase del ciclo vital de las familias de los padres de los escolares..... | 29 |



| | |
|---|----|
| Tabla 18. Funcionalidad familiar y las crisis en que se encuentran las familias de los padres de los escolares..... | 30 |
| Tabla 19. Obesidad en los escolares y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud. | 31 |
| Tabla 20. Función Familiar y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud. | 31 |
| Tabla 21. Uso de redes sociales y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud. | 32 |
| Tabla 22. Clasificación de las familias por su demografía y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud..... | 33 |
| Tabla 23. Clasificación de las familias por su integración y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud..... | 34 |
| Tabla 24. Según crisis familiar por las que atraviesan las familias y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud..... | 35 |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.



RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la asociación entre los factores familiares y la percepción del empoderamiento en salud de los padres con el estado nutricional de los escolares que acuden a una unidad de atención primaria de Villahermosa Tabasco.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, transversal, analítico, de un universo de N=398 escolares se obtuvieron muestra n=17 en edades de 10-12 años diagnosticados con sobrepeso y obesidad. Se empleó escala de funcionalidad familiar FF-SIL y escala de empoderamiento DES-28, previo consentimiento informado. Para análisis de los datos se empleó estadística descriptiva (MTC y dispersión) y analítica (X² de Pearson y RP), software estadístico SPSS v25.

RESULTADOS: Los padres o cuidadores fueron mujeres 64.3%, con edad promedio de 28, casadas 51.8%, con licenciatura 35.8%, católicas 60.7%, nivel socioeconómico medio 80.4%. Los escolares fueron hombres en su mayoría, pertenecen a una familia funcional 60.7%, urbana 83.9%, integrada 76.8%, tradicional 60.7%. Las dimensiones de función familiar alteradas fueron permeabilidad 51.8% y cohesión 46.4%. Los padres sin empoderamiento 67.9%, aquellas familias con escolares con sobrepeso y obesidad que presentaron disfunción familiar tienen RP=1(10%) veces más probabilidad de no estar empoderados comparado con aquellos con familias funcionales, obteniendo IC95% Li 0.697, Ls 1.456 y un valor de p=0.005 estadísticamente significativo.

CONCLUSIÓN: Se concluye que los padres de familia y especialmente las madres quienes están más tiempo con los escolares, representan un riesgo en la conducta alimentaria de los hijos. Por lo que el empoderamiento familiar y las dimensiones de funcionalidad familiar alteradas deben ser fortalecidos dentro del núcleo familiar.

Palabras Clave: sobrepeso, obesidad, infantil, factores de riesgo familiares.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between family factors and the perception of parental health empowerment with the nutritional status of schoolchildren who attend a primary care unit in Villahermosa Tabasco.

MATERIAL AND METHOD: Observational, cross-sectional, analytical study of a universe of N=398 schoolchildren, a sample n=17 aged 10-12 years diagnosed with overweight and obesity was obtained. The FF-SIL family functionality scale and the DES-28 empowerment scale were used, with prior informed consent. Descriptive statistics (MTC and dispersion) and analytical statistics (Pearson's X² and RP) and SPSS v25 statistical software were used to analyze the data.

RESULTS: The parents or caregivers were women 64.3%, with an average age of 28, married 51.8%, with a degree 35.8%, Catholic 60.7%, average socioeconomic level 80.4%. The schoolchildren were mostly men, they belonged to a functional family 60.7%, urban 83.9%, integrated 76.8%, traditional 60.7%. The altered dimensions of family function were permeability 51.8% and cohesion 46.4%. Parents without empowerment 67.9%, those families with overweight and obese students who presented family dysfunction have PR=1(10%) times more likely to be not empowered compared to those with functional families, obtaining 95% CI Li 0.697, Ls 1.456 and a value of p=0.005 statistically significant.

CONCLUSION: It is concluded that parents and especially mothers who spend more time with schoolchildren, represent a risk in the eating behavior of their children. Therefore, family empowerment and altered dimensions of family functionality must be strengthened within the family nucleus.

Keywords: overweight, obesity, childhood, family risk factors.



ABREVIATURAS

| | |
|----------------------|--|
| (SP): | Sobrepeso |
| (OB): | Obesidad |
| (OMS) | Organización Mundial de la Salud |
| (CT): | Colesterol total |
| (TGL): | Triglicéridos |
| (IMC): | Índice de masa corporal |
| (SSA): | Secretaria de Salud. |
| (MF): | Medicina familiar |
| (DM) | Diabetes mellitus |
| (HAS) | Hipertensión Arterial Sistémica |
| (HBA1C) | Hemoglobina Glucosilada |
| (CESSA T. C.) | Centro de Servicios de Salud Ampliados de Tierra Colorada |
| (FM) | Funcionalidad Familiar |
| (TCF) | Trabajo con Familias |



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Diabetes mellitus (Diabetes tipo 2)

La diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica comúnmente asociada a niveles elevados de glucosa en sangre (>126mg/dl) debido a una alteración en la función o excreción de la insulina, hormona encargada de ingresar la glucosa hacia las células y que éstas cumplan funciones específicas en los órganos del cuerpo.

Hipertensión Arterial Sistémica:

Es una enfermedad caracterizada por un desequilibrio entre las fuerzas encargadas de mantener los niveles de presión arterial debajo de 120 (sistólica) y 80 (diastólica) secundario a alteraciones a nivel celular en los vasos sanguíneos, riñón y/o pulmones que da como resultado aumento del riesgo cardiovascular de cada individuo.

Riesgo Cardiovascular

El riesgo cardiovascular es un cálculo utilizado para cuantificar la probabilidad que un individuo tiene de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas enfermedades o complicaciones desarrolladas en las personas derivadas de alteraciones metabólicas en el organismo previamente sano y también derivadas de factores modificables como estilo de vida saludable, uso o abuso de sustancias, obesidad entre otras.

Funcionalidad Familiar

La funcionalidad familiar es el resultado de la actividad entre las personas que permite la adecuada relación y satisfacción de cada uno de los integrantes de las familias entre sí y funge como factor protector para desarrollo de prácticas de riesgo, afrontamiento y/o solución de eventos normativos o paranormativas.



Disfuncionalidad familiar

Contrario a la funcionalidad familiar, la disfunción o disfuncionalidad familiar es el resultado de una relación inadecuada entre los miembros de la familiar que impide la correcta función y satisfacción de sus integrantes, jugando un factor de para desarrollar conductas de riesgo con consecuencias nocivas para la salud y pone en peligro el bienestar de cada uno de ellos y de la familia en general.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



1.INTRODUCCIÓN

La familia es el fundamento primordial de la sociedad, por lo que es importante fomentar hábitos de vida saludables en los niños. Sin embargo, con las crecientes presiones sociales y las largas jornadas laborales, los padres tienen menos tiempo para planificar menús, comprar o cocinar. Por ello, esta investigación mencionará los principales obstáculos y desafíos a nivel familiar que enfrentan los padres en el combate al sobrepeso y la obesidad en sus hijos.

La obesidad infantil es un problema de salud pública mundial, y erradicarla es un desafío que debe abordarse desde muchas perspectivas.

La Comisión destinada para poner fin a la obesidad infantil (ECHO) por sus siglas en inglés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió seis encomiendas para llevar a cabo, una es el fomento en el consumo de alimentos saludables, ejercicio físico, la atención adecuada durante el embarazo, la nutrición y la actividad física durante la primera infancia, en la edad escolar, y la vigilancia del peso en la colectividad.

Las políticas educativas, sanitarias y sociales son necesarias, pero no suficientes si no integran a la familia. Porque la familia es quizás la institución más relevante a la hora de promover un peso saludable: los hábitos que se siguen en casa (selección de los alimentos y su preparación, horarios de las comidas, normas para ver la televisión o el tiempo frente a la pantalla, rutinas de ocio y ejercicio), y el ejemplo por parte de madres y padres es fundamental y puede ser parte del problema y de la solución.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha aumentado significativamente en las últimas tres décadas. Como resultado de este rápido crecimiento, la obesidad se considera uno de los problemas de salud más acuciantes del siglo XXI.

Existe un creciente conjunto de investigaciones que muestran la importancia de una nutrición adecuada para el desarrollo y la salud adecuados de niños y adolescentes, y el impacto que tiene en el futuro a nivel personal, comunitario y familiar.



Los efectos de la dieta sobre la salud pueden llegar incluso a las generaciones posteriores.

Durante las últimas décadas, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños ha aumentado en todo el mundo. El exceso de peso corporal, que en la infancia es atribuible principalmente a la grasa, es un factor de riesgo de enfermedades más adelante en la vida, pero también se asocia con una peor salud en la infancia, incluido un mayor riesgo de hipertensión, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica y malestar psicosocial. Una vez establecida, la obesidad en los niños (como en los adultos) es difícil de erradicar.

Si hablamos del énfasis en la familia, no se puede eludir el contexto en el que se sitúa: el nivel socioeconómico y cultural determina gran parte de los hábitos alimentarios y de las decisiones de compra. Asimismo, no podemos ignorar los cambios sociales de las últimas décadas, en los que la integración de las mujeres al mercado laboral ha creado nuevas dinámicas y roles en el hogar.

La obesidad y el sobrepeso en los niños están aumentando en todo el mundo, hasta tal punto que la OMS, en su 57^a Asamblea celebrada en mayo de 2004, la declaró epidemia del siglo XXI.

La cuestión de los hábitos nos hace reflejar a nuestros padres: somos un ejemplo (bueno o malo) para nuestros hijos. Si no consumimos verduras y frutas, si comemos en exceso productos industriales y altamente procesados, a nuestros hijos se les educa con la idea de que esto es un patrón normal. El ejemplo que damos a nuestros hijos es muy importante. Hay que sacar tiempo para esto tanto en casa como fuera de ella. Muchas familias comparan precios con el bebé y eso puede ser tanto bueno como malo dependiendo de cómo los guiamos.

Comparado con otros países europeos, España se sitúa en una posición media en el porcentaje de adultos obesos.

Sin embargo, en cuanto al número de niños, España tiene una de las cifras más altas, siguiendo la tendencia de otros países con problemas históricos de obesidad y sobrepeso, como Estados Unidos y Gran Bretaña.



2.MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Por lo anterior se dice que índice de masa corporal (IMC) superior a 25 se considera sobrepeso y superior a 30 se considera obesidad.¹

2.2 SOBREPESO Y OBESIDAD Y LA ESCUELA

La obesidad en la escuela se ha convertido en un grave problema de salud mundial, cada día hay más escolares con sobrepeso en la clase. La familia como centro de la vida escolar es muy determinante en la formación de un estilo de vida, alimentación y actividad física saludables.²

La obesidad se suma a la lista de enfermedades crónicas y multifactoriales, cuya principal relación es el aumento del espacio adiposo o graso.³

Es importante mencionar que una de las instituciones más importantes en esta área de la salud es la escuela, la cual también debe promover formas adecuadas de nutrición y actividad física entre los estudiantes enseñándoles elecciones sabias en cuanto a selección de alimentos, ajustes de menú, y formas adecuadas, así como la práctica de ejercicio físico.⁴

La obesidad en la escuela se ha convertido en un grave problema de salud mundial. Cada día hay más escolares con sobrepeso en la clase. La familia como centro de la vida escolar es muy determinante en la formación de un estilo de vida, alimentación y actividad física saludables.

Aunque sabemos que las complicaciones de la obesidad son numerosas y tienen un gran impacto en la calidad y esperanza de vida. Existe una relación clara entre el aumento del IMC, el aumento de las cifras de presión arterial y el riesgo de



insuficiencia cardíaca en la obesidad. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es muy común en hombres con obesidad centrípeta y causa resistencia a la insulina e hipertensión arterial, además de deterioro cognitivo.⁵

La evaluación de la composición corporal es importante para determinar si la pérdida de peso se produce principalmente a expensas del tejido adiposo. La evaluación clínica de la obesidad requiere de un sistema de protocolos y la participación de un equipo multidisciplinar

El sobrepeso, y la obesidad como forma extrema de este problema, puede ser causa de rechazo grupal, bajo rendimiento académico y abandono escolar. La obesidad en la escuela también coloca a los adolescentes en mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión arterial y otras manifestaciones del síndrome metabólico.⁶

2.3 PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

Actualmente existen múltiples causas para el aumento de la obesidad infantil en México; entre otros, los factores más relevantes son los medios de comunicación y la falta de actividad física de la comunidad. Hábito alimentario inadecuado y sumado a la facilidad de consumir comida chatarra. Como consecuencia de esta combinación, en los últimos años la obesidad en nuestro país ha aumentado significativamente.⁷

La obesidad es un problema preocupante no sólo en México sino a nivel mundial. En este estudio se presentan algunos de los factores causantes de la obesidad infantil en nuestro país, observándose que el sector más afectado es el infantil, en el cual la obesidad y el sobrepeso han aumentado significativamente.

Según los datos de obesidad infantil, se ha producido un aumento espectacular en los últimos diez años. En México, las encuestas nacionales de salud de 1999 y 2006 mostraron que el sobrepeso y la obesidad en niños entre 5 y 11 años aumentaron en casi un 40%. Una encuesta nacional reciente reveló que, en este país, el 26%



de los niños en edad escolar tienen sobrepeso o son obesos. En Sonora los datos son aún más alarmantes, pues el 40% de los niños y el 35% de las niñas tienen sobrepeso u obesidad.⁸

Por lo tanto, es necesario contar con leyes que incorporen los principios de una alimentación saludable y permitan a los estudiantes y sus familias un acceso seguro y sostenible a alimentos sanos y saludables. Abordar las enfermedades crónicas no transmisibles sólo será posible mediante la articulación de intereses y estrategias de cooperación e intervención, con el fin de proteger el estado de salud de la población infantil del país.⁹

La obesidad es un problema que preocupa a cualquier país, especialmente a los países en desarrollo como México. Las investigaciones muestran que el sobrepeso y la obesidad están asociados con un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, arteriosclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de lo que se pensaba. Es una enfermedad compleja y multifactorial que puede comenzar en la infancia y se caracteriza por un exceso de grasa corporal que pone en riesgo la salud de la persona.

La evaluación de la composición corporal es esencial para comprender si la pérdida de peso se debe predominantemente al tejido adiposo. La evaluación clínica de la obesidad requiere un sistema protocolo y la participación de un equipo multidisciplinar.¹⁰

2.4 LA FAMILIA EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL

La obesidad se conoce hoy como la gran epidemia del siglo XXI y afecta vagamente a mujeres y hombres, adultos, adolescentes y niños. Sin embargo, antiguamente se consideraba sano a un niño obeso; fue admirado como un niño lleno de vida.

Se sabe que desde hace muchos años los niños han tendido a comer alimentos distintos a los utilizados en la familia; Por eso, quieren comer las llamadas “comidas rápidas” como hamburguesas, pizza, pollo frito, etc. Las personas de familias de bajos recursos comen lo que hay en casa y buscan un sabor diferente al de disfrutar



de la comida chatarra. Asimismo, la actividad física es cada vez más escasa, lo peor es que estos hábitos de vida pasivos los heredan los niños.¹¹

En América Latina, más del 20% (alrededor de 42,5 millones) de los niños entre 0 y 19 años tienen sobrepeso o son obesos. Específicamente, entre los niños menores de cinco años, se estimó que en 2020 más de 41 millones de niños en todo el mundo tenían sobrepeso u obesidad.¹²

Este panorama obliga a pensar en los factores que contribuyen a su desarrollo, sus consecuencias y el desafío de identificar los factores socioculturales y contextuales que predisponen a los niños a la obesidad e identificar formas de tomarlos en cuenta a la hora de diseñar soluciones efectivas.

Es muy importante señalar que en los primeros años de vida y hasta los 18 años la obesidad tiene graves consecuencias para la salud física y mental. Los niños obesos tienen más probabilidades de sufrir enfermedades como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y problemas ortopédicos en el futuro.¹³ Asimismo, existe una fuerte asociación de esta condición en las primeras etapas de la vida con problemas de autoestima y discriminación.¹⁴ Como el resto del mundo, México está inmerso en una epidemia que afecta a millones de niños y jóvenes. Gracias a la información de las encuestas nacionales de nutrición en México, desde 1988 se ha podido documentar tendencias continuas en el sobrepeso y la obesidad entre escolares y adolescentes. Entre los niños en edad escolar en México, la obesidad ha aumentado anualmente alrededor de 0,8 puntos porcentuales en los últimos años, siendo este grupo de edad el que tiene la prevalencia más alta.¹⁵

2.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

Resaltar la importancia de que los niños vayan a la escuela desayunando para evitar problemas académicos y tener sobrepeso u obesidad. Sabemos que los padres juegan un papel importante en esto, al igual que las escuelas, por lo que las cooperativas deben ser el punto de venta de alimentos saludables. y bebidas.¹⁶ Es



prioritario mencionar que la información que reciben actualmente los estudiantes no es suficiente para estudiar y llevar un estilo de vida saludable, pero puede mejorarse como se ha hecho en otros países.

Dado que los hábitos alimentarios y de ejercicio se reflejan en el desarrollo físico del niño, es esencial realizar mediciones, seguimiento e informes sistemáticos y regulares a los padres.

Los niños comen más alimentos y energía de la que necesitan para su salud y crecimiento, hacen menos ejercicio y pasan más de dos horas al día frente a una pantalla de televisión o jugando videojuegos, lo que fomenta hábitos no saludables.¹⁷

La obesidad a cualquier edad es principalmente el resultado de vivir en el entorno propicio para ello y que la misma sociedad ha construido como modelo de civilización, y no es necesariamente un descuido de información médica ni de las instituciones de salubridad.



2.6 ESTUDIOS RELACIONADOS

A continuación que muestran estudios con el tema de investigación, factores que influyen en el sobrepeso y obesidad infantil.

En el 2021 López-Sobaler, realizaron un estudio en el que nos demuestra que la obesidad infantil es un problema de salud pública prioritario, esto llevado a cabo en España. El estudio ALADINO (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad), en el contexto de la estrategia COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), de la Oficina Europea de la OMS, el cual monitorizó la situación ponderal de los escolares españoles de 6 a 9 años y analizó los factores asociados al padecimiento de sobrepeso y obesidad. Los datos de la oleada de 2019 indican que un 23,3 % de los escolares tienen sobrepeso y un 17,3 % tienen obesidad. Un porcentaje elevado de escolares desayuna habitualmente, aunque la calidad de esta comida es muy mejorable. Se constató que la frecuencia de consumo de frutas y verduras es baja e inferior a la de otros países participantes en la estrategia COSI. También se observó en lo que respecta al estilo de vida, más del 70 % de los escolares son activos, aunque este porcentaje fue inferior a la media europea. También es menor el tiempo de exposición a pantallas que en otros países, aunque mejorable en un porcentaje elevado de escolares. Hay un menor porcentaje de escolares con obesidad que desayunan o son activos en comparación con los que tiene peso normal, mientras que son más sedentarios, dedican menos horas a dormir, y disponen con mayor probabilidad de TV o dispositivos electrónicos en su habitación. Por lo anterior es prioritario favorecer el acceso a dietas más saludables y la promoción de estilos de vida más activos y menos sedentarios, tanto en el entorno familiar como en el escolar, desde edades tempranas.¹⁸



En 2022, Orozco-Núñez y colaboradores, realizaron un estudio relacionado con nuestros temas de investigación, analizando el rol de los factores socioeconómicos y culturales en la vulnerabilidad a la obesidad en madres y sus hijos, en localidades del Sur de Morelos, México. Para este estudio se realizaron trabajos de campo y observación no participativa. Durante el 2019, se aplicaron 17 entrevistas semiestructuradas a una submuestra de una cohorte. Los datos fueron ordenados y analizados con el software Atlas-Ti v. 7, usando 18 códigos libres. Refieren que los resultados fueron fuertemente asociados a factores sociales como los ingresos del hogar y los roles de género, combinados con la influencia de los familiares y las creencias sobre la preferencia de la niñez por productos ultraprocesados, predisponen la disponibilidad de bebidas y alimentos calóricos que generan vulnerabilidad a la obesidad durante la infancia. También se encontró que la actividad económica de las madres, la participación de los padres y evitar influencia de parientes puede predisponer una mejor calidad de los alimentos y mayor actividad física. Finalmente se encontró en este estudio a la baja disponibilidad de alimentos saludables, los riesgos de inseguridad alimentaria y los factores familiares y culturales, que se presentan en contextos de vulnerabilidad económica y social, los cuales incrementan la aparición del binomio madre-hijo a la obesidad.¹⁹

En el año 2022 De-Jongh González y colaboradores realizaron un trabajo teórico en el que analizaron, de forma sintetizada, la diversa etiología bio-psico-social de la obesidad infantil, con especial énfasis en el rol de los factores familiares y psicológicos, entre ellos las prácticas y estilos de crianza y de alimentación, el comer emocional y la autoeficacia. Se destaca también cómo la obesidad es un problema cíclico o en espiral que se refuerza a sí mismo, nos menciona sobre el descontrol del consumo de alimentos procesados y ricos en grasas, así como la falta de actividad física principalmente, por lo que plantean en su trabajo de investigación la necesidad de desarrollar programas de intervención a nivel individual, familiar, comunitario, y políticas públicas para promover el desarrollo saludable de niños y adolescentes.²⁰



En el año 2021 Abrantes Curado y Colaboradores realizaron un estudio en relación con el sobrepeso y la obesidad infantil en el que sugieren que la calidad emocional de las relaciones entre padres e hijos aumenta el riesgo de obesidad y autorregulación, haciendo con que desarrollen la obesidad con mayor facilidad. El presente estudio es una revisión sistemática, La pesquisa de este estudio se realizó en el ámbito universitario, donde se obtuvieron 13 resultados, de los estudios analizados, 5 se llevaron a cabo en Estados Unidos, 4 en el Reino Unido y 4 en Australia. Los estudios se realizaron en su mayoría sobre grandes muestras poblacionales, la más grande fue de 236.687 participantes. Dentro de los resultados encontrados, refieren que los hábitos alimenticios de los padres, y otros comportamientos promotores de sedentarismo que son permitidos y/o inculcados, son importantes factores en el sobrepeso infantil. Entre los más comunes, el uso de pantallas, la introducción de alimentos sólidos, el consumo de bebidas azucaradas con gran contenido calórico, la presión al comer o la restricción, por lo que es de vital importancia la actuación de la modificación del estilo de vida a nivel familiar.²¹

En el año 2023 Ojeda Caizaluisa y colaboradores realizaron el siguiente estudio, tomando en cuenta que la obesidad infantil refleja interacciones complejas de factores genéticos, ambientales, sociales y conductuales, junto con los componentes nutricionales y los patrones de consumo de alimentos, convirtiéndose en un grave problema de salud durante las últimas décadas. Estos autores revisaron evidencia científica sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la obesidad infantil. Basándose en diferentes bases de datos como Pubmed, Scopus, Web Of Science, se obtuvo la prevalencia de la obesidad infantil al analizar 17 artículos, sumando 19,6%. Entre los factores de riesgo asociados se identificaron el tener antecedentes familiares de obesidad, hábitos heredados, el entorno social, malos hábitos alimenticios, pasar mucho tiempo frente a dispositivos electrónicos, el sedentarismo, la tensión y la disfunción familiar. Haciéndose notar que los antecedentes familiares, factores psicológicos, sociales y el estilo de vida juegan un



papel importante en la obesidad infantil teniendo más probabilidades de desarrollar enfermedades derivadas de la misma.²²

En el año 2020 Paz Morales y colaboradores realizaron un estudio en el que se basaron en analizar la asociación entre funcionalidad familiar, crianza parental y estado nutricional en escolares. es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal. El lugar fue Instituciones públicas de educación escolares en el estado de Nuevo León, México. Atención Primaria. Participantes: Muestra compuesta por 228 diadas (madre o padre y escolares); se tomó como único criterio de inclusión ser el responsable principal de la crianza del escolar. Se empleó la recolección de datos sociodemográficos, el estado nutricional se determinó basándose en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se utilizaron la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar y el cuestionario de Estilos de Crianza Parental. Se obtuvo estadística descriptiva y el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados fueron el promedio de edad de los padres que fue de 32,09 años, ~ el 60,5% de las madres se dedican al hogar y el 100% de los padres trabaja; la media de escolaridad en años ~ fue de 12,16; el 68,9% de los participantes son casados; referente a los preescolares, el 29,4% presentó sobrepeso u obesidad. En cuanto a la funcionalidad familiar, se identificó que en la dimensión de cohesión es semirrelacionada el 44,3%. El estilo de crianza parental que predominó en los padres fue el permisivo con el 62,3%. Por lo que concluyen que la mayoría de los padres de familia presentaron desequilibrio en la funcionalidad familiar. encontrándose significativo estadísticamente entre funcionalidad familiar y crianza parental con estado nutricional en escolares ($p < 0,05$).²³



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud define la obesidad y el sobrepeso como "una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud". Se mide por el índice de masa corporal (IMC), que consiste en dividir el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros.²⁴

Se entiende que el sobrepeso y la obesidad es un problema que se presenta en México desde la niñez, es decir, de los 0 a los 5 años. Según datos relevantes, sabemos que al menos 1 de cada 20 niños menores de 5 años son obesos, lo que les provoca sobrepeso para el resto de sus vidas y los convierte en uno de los candidatos importantes con enfermedades crónicas de tipo circulatorias, cardíacas y degenerativas.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública y la lucha contra ellos es un desafío multifacético. Las políticas educativas, sanitarias y sociales son necesarias, pero no suficientes sin la integración familiar.

Los hábitos en casa (selección y preparación de alimentos, horarios de las comidas, normas para ver la televisión o jugar con pantallas, rutinas de ocio y ejercicio, etc.), así como el ejemplo paterno y materno es fundamental y puede ser parte tanto del problema como de la solución.

Se estima que la proporción de niños con sobrepeso y obesidad va en aumento, por lo que hoy sabemos que el principal problema nutricional que enfrentan los niños de 6 a 11 años es la presencia de enfermedades causadas por la obesidad y sobrepeso al mismo tiempo; como resultado, México se ubica entre los primeros países del mundo en obesidad infantil.²⁵

Hoy conocemos la importancia de una buena nutrición para el sano desarrollo y la salud de los niños y adolescentes y su impacto en el futuro, tanto a nivel individual como comunitario. Diversos estudios demuestran que el impacto de la nutrición en la salud puede afectar incluso a las próximas generaciones.



Además, el consumo de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, grasas trans y sal, así como bebidas azucaradas, son fáciles de comprar debido a su amplia distribución, bajo costo y promoción en los medios de comunicación es clave. Se sabe de igual manera que la cantidad de actividad física que realizan niños y adolescentes es inadecuada y es un factor exacerbante.²⁶

De lo anterior, se estima que los casos de obesidad infantil son causados por una dieta hipercalórica y poca actividad física. Por tanto, el sobrepeso y la obesidad se pueden prevenir en la mayoría de los niños mejorando los hábitos alimentarios y la salud. Promover una mayor actividad física. Respecto al estado de Tabasco, existe un informe de la Secretaría de Salud estatal, que ha detectado más de nueve mil estudiantes de primaria con problemas de obesidad y sobrepeso en cientos de escuelas del Estado, con base en datos previos encontrados, ocupamos como país, uno de los primeros lugares en obesidad infantil.²⁷

Por todo ello es necesario y de vital importancia la implementación de estrategias para combatir el sobrepeso y la obesidad en las escuelas y en las familias.

Es importante valorar los principales factores familiares y de riesgos implicados en la obesidad infantil, fundamentalmente el componente familiar, escolar, la actividad física y los hábitos alimentarios de tal modo que podamos actuar desde un punto de vista preventivo.²⁸

Este conocimiento facilitará la posible reducción de la obesidad en niños y adolescentes con la consiguiente disminución de la morbilidad acompañante a esta situación.



Se evaluaron las siguientes categorías de análisis:

1. Características del grupo (Factores sociodemográficos de las familias de los niños seleccionados).
2. Características de las familias de acuerdo con su evolución y ciclo vital. (Funcionalidad familiar).
3. Antecedentes de enfermedades crónicas de las familias con hijos diagnosticados con el objetivo de estudios.

Por lo que surge la siguiente pregunta a contestar de investigación:

¿Cuáles son los factores familiares y la percepción del empoderamiento en salud asociados al estado nutricional de los escolares que acuden a una unidad de atención primaria de Villahermosa Tabasco?



4.JUSTIFICACIÓN

En el ámbito internacional se ha estimado que 178 millones de niños escolares sufren de sobrepeso y obesidad, la cual es responsable del 35% (3.5 millones) de muertes en este grupo de edad debido a sus consecuencias que esta lleva.

En México, 1.5 millones de niños la padecen y es más prevalente en la región sur (19.2%) así como en las zonas con población indígena.²⁹

La inclusión de las madres en la actividad económica de hogares con ambos padres trabajando o de hogares encabezados por mujeres ha reducido las actividades de ocio y ha aumentado el consumo de dietas con alto índice calórico debido a la comida rápida.³⁰

La obesidad es una enfermedad debilitante porque sus complicaciones reducen la productividad de quienes la padecen, además de los costos de por vida de las enfermedades crónico-degenerativas comunes en los pacientes obesos.³¹

La evidencia en el ámbito internacional nos muestra que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles (ENT) son:

- El consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y contenido alto de azúcar, grasa y sal, como los “snacks” y la comida rápida.
- La ingesta habitual de bebidas azucaradas.
- La actividad física insuficiente.

Para comprender el alcance de la obesidad infantil en nuestro país, es necesario analizar a México como un país en desarrollo y los cambios socioculturales provocados por las intervenciones tecnológicas y económicas, aplicando el modo de vida sedentario, en el que la población de niños se limita espacios habitables pequeños, donde no es posible la actividad física.³²

En ese sentido, la OPS recomienda a los países:

1. Ampliar y fortalecer la promoción de la lactancia materna.
2. Mejorar el entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en establecimientos escolares.



- Ley de prohibición alimentos no saludables alrededor escuelas.
 - Leyes estatales prohibición de alimentos no saludables para niños (como en el caso de Oaxaca y Tabasco).
3. Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos.
- Etiquetado.
 - Aumento de impuestos a bebidas azucaradas.
4. Otras medidas multisectoriales.
- Involucrar a otras instituciones gubernamentales y, según corresponda, a otros sectores.
 - Programas de ciclovías recreativas.
 - Apoyo de los programas de agricultura familiar.
 - Medidas para mejorar los precios relativos y la accesibilidad a alimentos saludables.
5. Vigilancia, investigación y evaluación.
- Investigación para políticas públicas.³³

Los beneficios de esta investigación son importantes porque se evaluarán los factores de riesgos que intervienen en la prevalencia de niños con obesidad y sobrepeso, por lo que se evaluará la existencia de factores que pueden propiciar a la obesidad y sobrepeso en niños, así como dar a conocer a sus familias que son un apoyo esencial en el cambio del estilo de vida de sus hijos, promoviendo así la educación e información necesaria para afrontar este padecimiento, las repercusiones negativas serían la falta de tiempo o disponibilidad de las familias para recibir información, la situación económica, el mal apego a la nutrición familiar. Por el contrario, las repercusiones positivas serían la importancia que las familias den a la información otorgada, la homeostasis para mejorar y reducir este padecimiento.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores familiares y la percepción del empoderamiento en salud de los padres asociados con el estado nutricional de los escolares que acuden a una unidad de atención primaria de Villahermosa Tabasco.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el índice de masa corporal de la población estudiada.
2. Describir las características sociodemográficas de la familia (padres e hijo)
3. Conocer las características de las familias, la funcionalidad familiar y las dimensiones de la función familiar que se encuentran alteradas.
4. Identificar la percepción de empoderamiento en salud de los padres de los escolares en estudio.



6.MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO, POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

Tipo de estudio. Se trata de una investigación de observación, transversal, analítica. En este estudio se pretende conocer los factores de riesgo familiares asociado al estado nutricional infantil (sobrepeso y obesidad) en la población objetivo, así como los factores sociodemográficos de sus padres.

Población. La población de estudio fue de niños comprendidos en las edades de 10 a 12 años con sobrepeso y obesidad.

LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se consideró la escuela primaria Graciela Pintado de Madrazo, ubicada en la colonia El Recreo de la ciudad de Villahermosa, Tabasco durante el año 2022.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA

Universo.

Se consideró un universo de niños y los padres de una primaria del municipio de Centro (N=398).

Marco muestral. Del total, de niños de 10 a 12 años de quinto año de primaria (grupo A y grupo B) fueron un total de n=56 alumnos.

La población objeto de estudio o unidad de análisis, fue de niños comprendidos en las edades de 10 a 12 años y sus padres.

Muestra:

- Se estudió el total de niños y padres que cumpliera con los criterios de inclusión para fines de este estudio y que consintieron participar previo consentimiento informado (total de alumnos 56 y sus padres).



- A los niños participantes se les realizó somatometría y se estableció el diagnóstico de sobrepeso y obesidad utilizando los criterios del índice de masa corporal de la OMS.

6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.2.1 Criterios de inclusión:

- Niños que comprendan del rango de edad de entre 10 a 12 años de una escuela del municipio del Centro.
- Niños que cuenten con consentimiento informado debidamente firmado por su padre o tutor.
- Niños integrados a un núcleo familiar.

6.2.2 Criterios de exclusión:

- Niños mayores de 12 años.
- Niños menores de 10 años.
- Niños cuyo sobrepeso u obesidad tenga su origen en alguna enfermedad.
- Niños que no estén en el rango de obesidad, aunque estén en la edad requerida para este estudio.
- Niños de la edad pero que no pertenezcan a la institución en donde se hará la investigación.

6.3 VARIABLES

Variable dependiente: Empoderamiento.

Variables independientes: Factores familiares, estado nutricional, Sobrepeso y obesidad.



Sociodemográficas (edad, género, religión, nivel socioeconómico, ocupación de los padres Familiares, Tipo de familia según su demografía, desarrollo, integración, ciclo vital de la familia, crisis familiares, funcionalidad familiar (FF-SIL).

6.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

➤ **Hipótesis alterna**

Los factores familiares influyen en el sobrepeso y obesidad infantil.

➤ **Hipótesis nula**

Los factores familiares no influyen en el sobrepeso y obesidad infantil.

6.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN LA INVESTIGACIÓN.

| Variable | Tipo | Definición conceptual | Definición operacional | Escala | Dimensión | Fuente |
|------------------------|--|--|---|--|---|-------------------|
| Estado Nutricional | Cualitativa/ordinal | Es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas. | Situación en la que se encuentra una persona, en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas, condición en la que se halle un individuo y modificaciones nutricionales que lo pudieron afectar. | De acuerdo con clasificación de la OMS de acuerdo con el IMC. Bajo peso:<18.5 sobrepeso≥25 obesidad ≥30 | Características Clínicas | Escolares |
| Edad | Cuantitativa continua/discontinua discretizada | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento | Años cumplidos | discreta | Características sociodemográficas | Padres familia |
| Grado escolar | Cualitativa ordinal | Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. | Grado de conocimiento escolar | a) Bachillerato carrera técnica b) Licenciatura c) Especialidad d) Posgrado | Características sociodemográficas | Padres familia |
| Funcionalidad Familiar | Cualitativa ordinal politémica | Se refiere a la capacidad de la familia para afrontar las diferentes | Funcionamiento familiar | a) Normal b) Disfunción leve c) Disfunción moderada | Características de funcionalidad familiar | Padres de familia |



| | | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|---|--|---|---|----------------------------|
| | | situaciones que puedan comprometerla | | d) Disfunción severa | | |
| Composición Familiar | Cualitativa/nominal | Características de sus integrantes y de si existe o no algún grado de consanguinidad | Tipología familiar | a) Nuclear b) Semi-nuclear c) Extensa d) Extensa compuesta | Características familiares | Padres de familia /médico |
| Tipología Familiar | Cualitativa/ nominal | Evolución de la familia, así como tomar en cuenta la especificidad de la propia familia | Tipología familiar | a) Arcaica b) Tradicional c) Moderna | Características familiares | Padres de familia / médico |
| IMC | Cualitativa / continua | Estima el peso ideal de una persona en función de su tamaño y peso | Cifra de índice de masa corporal | | Características clínicas | médico |
| Genero | Cualitativo/ nominal | Conjunto de características biológicas que distinguen al macho de la hembra | Características biológicas que diferencian al sexo masculino del femenino | A) Hombre B) Mujer | Características sociodemográficas | Padres de familia |
| Empoderamiento | Cualitativo Ordinal dicotómica | proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud | El empoderamiento es el acceso al control de los recursos materiales que permiten incrementar la puesta en práctica de las capacidades | A) Alta B) Media C) Baja | Características de funcionalidad familiar | Padres de familia |



7.PROCEDIMIENTO, INSTRUMENTOS, RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS.

7.1 PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una junta informativa con la directora de la primaria Graciela pintado de madrazo en la cual se expuso un plan de trabajo, así como también se acordó y se consiguió la autorización de realizar con ayuda de personal médico capacitado una medición antropométrica a todos los niños del plantel de quinto y sexto año con la finalidad de diagnosticar e identificar niños con sobrepeso y obesidad. Por medio del uso de una báscula y un estadiómetro, así como también el uso de cintas especiales para medir circunferencia abdominal, todo esto gracias al apoyo del equipo multidisciplinario. Se emitieron por grupos, con permiso y autorización de los maestros en turno en dónde se obtuvo un total de 56 alumnos entre ambos grupos A y B.

Se realizó el informe posteriormente en dónde se dieron a conocer los resultados a las autoridades correspondiente principalmente a la directora y el maestro en turno, se decidió a trabajar con la totalidad de los niños con sobrepeso y obesidad a quienes se les aplicó unos cuestionarios, todo esto bajo consentimiento informado debidamente firmado por los padres de familia de estos niños, el cual consta de datos sociodemográficos, así como también la aplicación de instrumentos para medir la funcionalidad familiar, utilizando en este caso el Apgar Familiar, FFSIL, y un cuestionario de empoderamiento en el autocuidado de la salud realizado por el investigador.



7.2 INSTRUMENTOS

Se aplicó un instrumento para la recolección de “factores familiares que influyen en el sobrepeso y la obesidad infantil”, en el cual se incorporó un cuestionario de preguntas de carácter sociodemográficas, así como dos escalas. La primera fue el FF-SIL integrada por 14 ítems y la segunda la escala de autocuidado de la salud de la familia.

7.3 CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.

Para medir las características sociodemográficas, clínicas y el estilo de vida, se utilizó un cuestionario que incluye también la funcionalidad familiar. Dentro de los ítems, se encuentran los siguientes, edad de los padres, el sexo con dos opciones, femenino y masculino, se incluyó también la religión, en donde se puede optar por católica, protestante o ninguna, el nivel socioeconómico dividido en alto, medio y bajo. Escolaridad que van de primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, profesional, especialidad, maestría y doctorado. Estado civil, que consta de soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado, separado; se preguntó también si tenían antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad, dislipidemia; de igual manera se preguntó si el padre de familia tiene alguna comorbilidad o enfermedad crónica.

Se analizó igual las plataformas que saben utilizar para la búsqueda de información como Facebook, WhatsApp, Google, Teams, Zoom; los temas más sobresalientes fueron nutrición, ejercicio, autoestima, enfermedades crónicas, estilos de vida saludables. En cuanto a la funcionalidad familiar se analizó el tipo de familia con base en su desarrollo, ya sea ésta moderna o tradicional, se preguntó también por su demografía, urbana o rural, con base en su integración con respuestas en opción de integrada, semiintegrada y desintegrada; también por la ocupación que tiene el jefe de familia, sea ésta campesina, obrera, técnica o profesional; por su ciclo vital



de la familia que se refiere a matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro y muerte; y finalmente se evaluó, las crisis familiares en el que se encontraban en ese momento pudiendo escoger entre crisis de tipo normativo y no normativo. (Anexo 1).

7.4 TEST FF-SIL (TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR)

Para medir el funcionamiento familiar se utilizó el FF-SIL instrumento construido por Ortega et al. en el año 1999, Máster en Psicología de Salud con el objetivo de evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, su aplicación es fácil y cómoda en la atención primaria, tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento. El instrumento permite evaluar la **cohesión** (unión familiar, física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de la toma de decisiones), la **armonía** (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la **comunicación** (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la **permeabilidad** (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la **afectividad** (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los **roles** (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar), y la **adaptabilidad** (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera). Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Cohesión (ítems 1 y 8), Armonía (ítems 2 y 13), Comunicación (ítems 5 y 11), Permeabilidad (ítems 7 y 12), Afectividad (ítems 4 y 14), Roles (ítems 3 y 9) y Adaptabilidad (ítems 6 y 10). Con una escala tipo Likert según la intensidad que van desde: 1= casi nunca; 2= pocas veces; 3= a veces; 4= muchas veces; 5= casi siempre. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que



permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar, los criterios para clasificar los puntajes son: la familia sea funcional la puntuación es de 70 a 57 puntos, moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos. La confiabilidad detectada en esta prueba fue de .71. El cuestionario lo contesta un miembro de la familia que reúna los criterios de inclusión y que voluntariamente desee responder el mismo. Se aplica de manera autoadministrada dejando a las personas responder libre y abiertamente. El instrumento fue validado en México con un alfa de Cronbach de 0.84.³⁴ (Anexo 2).

7.5 ESCALA DE AUTOCUIDADO DE LA FAMILIA

Para medir el autocuidado que tienen los padres de familia de los niños que fueron seleccionados de acuerdo con los criterios para fines de este estudio, respecto a su salud familiar, se ha utilizado este cuestionario con ocho reactivos, con una puntuación que va del número uno siendo el más bajo hasta el 5 que corresponde a la puntuación más alta.

En el primer ítem se encuentra como los padres de familias pueden identificar con que acciones del cuidado de la salud de su familia están insatisfechos; el ítem dos se refiere, a la relación del padre o jefe de familia y es capaz de convertir sus metas de la salud en un plan de acción práctico concreto; ítems tres, se cuestiona como el padre de familia puede hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr sus metas relacionadas con el cuidado de su salud y la de su familia. Ítems cuatro, hoy se refiere a como el padre o jefe de familia puedo encontrar maneras o alternativos para sentirse bien, aunque él mismo o su familia tenga algún problema de salud. En el ítem cinco se cuestiona si el padre o jefe de familia si conoce maneras para enfrentar el estrés qué causa en algún momento no estar sano. En este cuestionario en la pregunta seis, es de vital importancia que el padre de familia responda si conoce dónde puede encontrar apoyo para cuidar de su salud y la de su familia. En el ítem siete implica como el jefe de familia reconoce como se ayuda



a estar motivado para cuidar de su salud y la de su familia. Y en el ítem siete se explora si el padre de familia conoce lo suficiente para tomar decisiones que le conviene para cuidar de su salud y de su familia.³⁵ (Anexo 3).

7.6 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos, se utilizó instrumentos como el FF- SIL, cuestionario validado de autocuidado en salud y recolección de datos sociodemográficos, consentimiento informado. Se empleó estadística descriptiva y se utilizó el SPSS V25.

Se capturan los datos obtenidos en los cuestionarios de la escuela Primaria “Graciela Pintado de Madrazo” en la plataforma antes mencionado. El cual se organizó con apoyo del personal de salud del CESSA Tierra Colorada, entre los que destacan personal de enfermería, nutrición, pasantes de enfermería, promotores de salud, médicos encargados de la investigación.

Se encuestó a los grupos de 5º año A y B de esta primaria, así como se evaluaron de igual manera al personal docente y directivo, encontrándose múltiples factores de riesgo y comorbilidades asociadas en este rubro.

7.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Una vez recolectada la información se procedió a la captura de ésta en una base de datos utilizando el programa SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales]).

Para el análisis univariado de los datos se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y discontinuas (discretas), y medidas de frecuencias absolutas ($|x|$) y relativas (%) para las variables nominales y de orden (proporciones y porcentajes).



Se recodificó la escala (FF-SIL) acorde a los puntajes obtenidos en cuatro categorías o niveles de exposición. Así mismo se realizó lo propio con la escala de autocuidado en salud con cinco categorías o niveles.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado (dependiente e independientes), por medio de pruebas de comparación de frecuencias como la chi cuadrada de Pearson, sus grados de libertad (gl) y el valor de $p < .05$.

Para la medición de la magnitud de asociación entre la variable dependiente e independientes, se realizó la razón de prevalencia (RP), sus intervalos de confianza (IC95%) y el valor de $p < .05$ de la prueba exacta de Fisher.

En los casos en los que los valores observados en las tablas de comparación fueron menores a los esperados, se realizó la prueba exacta de Yates, así como la prueba exacta de McNemar. Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas integradas o cuadros de salida.



8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó apegado a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud según lo establecido en el título 2do y capítulo 1, artículo 13 que señala que “toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, así como las bases expuestas en el artículo 14 cláusulas I al X, adaptándose a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en favor a la posible contribución de problemas de salud.”³⁶

Se realizó una explicación oral con lenguaje claro y se extendió consentimiento informado por escrito según lo sujeto en dicho artículo.

El estudio se consideró como investigación con riesgo mínimo según lo sujeto en el Título segundo, Capítulo 1, cláusula II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Los datos obtenidos, se manejaron de manera confidencial y exclusiva para los fines que convinieron a esta investigación.³⁷

También se tomó en cuenta la declaración de Helsinki en sus apartados sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica considerada como una investigación de bajo riesgo, ya que, sus procedimientos no fueron invasivos y no dañaron la integridad física, mental y social de los sujetos de estudio.³⁸

Además de que la investigación médica tuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales en su precepto que es deber del médico proteger la vida, la salud y la dignidad del ser humano. El comité de investigación del CESSA aprobó el estudio.



9. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

Estado nutricional de los escolares

Después de evaluar a los niños de quinto año escolar de primaria, de los grupos A y B, según la somatometría realizada (peso y talla), se observó que resultaron con un índice de masa corporal alterado: con sobrepeso y obesidad el 30.4% (17) del total de alumnos. (Tabla 1)

Tabla 1. Estado nutricional de los niños del quinto año escolar

| Índice de masa corporal | f | % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Obesidad | 7 | 12.5 |
| Sobrepeso | 10 | 17.9 |
| Normales | 39 | 69.6 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: Somatometría tomada de grupo de 5º año A Y B.



Características sociodemográficas de la familia (padres e hijo).

En la tabla-2 se observa que, en el rubro de edad en décadas de los padres, existe mayor frecuencia en el grupo de 30 a 39 años con el 48.2% (27). De igual manera se encontró que existe mayor porcentaje de mujeres que acuden por sus hijos en relación con los hombres, con un porcentaje de 64.3% (36). En lo que respecta al estado civil, predominó el grupo de los casados con el 51.8% (29), en cuanto a la ocupación, la profesional fue la más frecuente con un 35.8% (20), seguido de la obrera y la técnica con un 32.1% (18) respectivamente. Según la escolaridad, predominó la licenciatura con un 35.7% (20), seguido de la carrera técnica con un 30.4% (17). En cuanto a la religión, la católica representó el 60.7% (34).

2.- Características sociodemográficas de las familias con hijos con sobrepeso y obesidad.

| Característica sociodemográfica | F | % |
|---------------------------------|----|------|
| Edad en décadas | | |
| 40 a 51 años | 11 | 19.6 |
| 30 a 39 años | 27 | 48.2 |
| 20 -29 años | 18 | 32.2 |
| Sexo | | |
| Mujer | 36 | 64.3 |
| Hombre | 20 | 35.7 |
| Estado civil | | |
| Casado | 29 | 51.8 |
| Unión libre | 17 | 30.4 |
| Soltero | 10 | 17.9 |
| Ocupación | | |
| Técnica | 18 | 32.1 |
| Obrera | 18 | 32.1 |
| Profesional | 20 | 35.8 |
| Grado de estudios | | |
| Licenciatura | 20 | 35.7 |
| Maestría | 2 | 3.6 |
| Doctorado | 2 | 3.6 |
| Carrera técnica | 17 | 30.4 |



| | | |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Preparatoria | 14 | 25.0 |
| Secundaria | 1 | 1.8 |
| Religión que profesan | | |
| Católica | 34 | 60.7 |
| Protestante | 12 | 21.4 |
| Evangélica | 6 | 10.7 |
| Ninguna | 4 | 7.1 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas y base de datos de padres con niños con sobrepeso y obesidad.

Características de las familias con hijos con sobrepeso y obesidad.

En la tabla 3 se observó que en la mayoría de las familias participantes con base a su demografía se encuentran en el tipo de familia urbana con un 83.9% (47). Con base a su integración, predominaron las familias integradas con un 76.8% (43). De acuerdo con su desarrollo se obtuvo que la mayoría estuvo representada por las familias tradicionales con un 60.7% (34). Se observó que, dentro del ciclo vital familiar, la mayoría se encuentra en fase de matrimonio con un 75.0% (42). También se encontró que, en el momento del estudio, la mayoría de las familias pasaba por una crisis normativa con un 75.0% (42). Todos los padres están en la disposición de mejorar su estilo de vida. En cuanto al nivel socioeconómico de las familias se observó que predominó el nivel medio con un 80.4% (45).

En cuanto a las familias con antecedentes heredofamiliares se observó que la mayoría de las familias no tienen familiares con enfermedades crónicas en el 62.5% (35). Los padres también refirieron no padecer ninguna enfermedad en el momento con un porcentaje de 62.5%(35).



Tabla 3. Características de las familias con hijos con sobrepeso y obesidad.

| Característica Familiares | <i>f</i> | % |
|--|-----------|--------------|
| Tipo de familia en base a su demografía | | |
| Urbana | 47 | 83.9 |
| Rural | 9 | 16.1 |
| Con base a su integración | | |
| Integrada | 43 | 76.8 |
| Semi integrada | 13 | 23.2 |
| Con base a su desarrollo | | |
| Moderna | 22 | 39.3 |
| Tradicional | 34 | 60.7 |
| Fases del ciclo vital | | |
| Matrimonio | 42 | 75.0 |
| Expansión | 9 | 16.1 |
| Independencia | 5 | 8.9 |
| Crisis en el momento del estudio | | |
| Normativa | 42 | 75.0 |
| No normativa | 14 | 25.0 |
| Desean mejorar sus estilos de vida | | |
| De acuerdo | 56 | 100.0 |
| Nivel socioeconómico | | |
| Medio | 45 | 80.4 |
| Bajo | 11 | 19.6 |
| Antecedentes de enfermedades Crónicas | | |
| Con antecedentes | 21 | 37.5 |
| Sin antecedentes | 35 | 62.5 |
| Enfermedades que padecen | | |
| Obesidad | 6 | 10.7 |
| Asmático | 6 | 10.7 |
| Hipertiroidismo | 1 | 1.8 |
| Alergia | 8 | 14.3 |
| Ninguno | 35 | 62.5 |
| Total | 17 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas y base de datos de padres con niños con sobrepeso y obesidad.



En la tabla 4, se puede observar el grado de funcionalidad familiar que presentaron la mayoría de las familias fue funcional con un 60.7% (34).

Tabla 4. Funcionalidad familiar en la familia de los escolares.

| Grado de funcionalidad familiar | f | % |
|------------------------------------|----|-------|
| Funcional 57 - 70 | 34 | 60.7 |
| Moderadamente disfuncional 43 - 56 | 20 | 35.7 |
| Disfuncional 49-54 | 2 | 3.6 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: Test de funcionalidad familiar FFSIL

Alteraciones en las Dimensiones de la Funcionalidad Familiar

Las dimensiones alteradas fueron permeabilidad con 51.8% (29), cohesión con un 46.4% (26), comunicación con un 41.1% (23) y adaptabilidad con 39.3% (22). Las dimensiones afectividad, roles y armonía presentaron menores frecuencias. (Tabla 5)

Tabla 5. Alteraciones en las Dimensiones de la Funcionalidad Familiar (FF SIL)

| Dimensión | f | % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Dimensión cohesión | | |
| Sin cohesión | 26 | 46.4 |
| Con cohesión | 30 | 53.6 |
| Dimensión armonía | | |
| Sin armonía | 9 | 16.1 |
| Con armonía | 47 | 83.9 |
| Dimensión comunicación | | |
| Sin comunicación | 23 | 41.1 |
| Con comunicación | 33 | 58.9 |
| Dimensión permeabilidad | | |
| Sin permeabilidad | 29 | 51.8 |
| Con permeabilidad | 27 | 48.2 |
| Dimensión afectividad | | |
| Sin afectividad | 12 | 21.4 |
| Con afectividad | 44 | 78.6 |
| Dimensión roles | | |
| Sin roles | 12 | 21.4 |
| Con roles | 44 | 78.6 |
| Dimensión adaptabilidad | | |
| Sin adaptabilidad | 22 | 39.3 |
| Con adaptabilidad | 34 | 60.7 |
| Total | 56 | 100.0 |



Fuente: Escala de Funcionalidad Familiar (FF SIL).

Percepción de empoderamiento en salud de los padres de los escolares en estudio.

La percepción sin empoderamiento observada fue del 67.9% (38) en los padres de los niños estudiados. (Tabla 6)

Tabla 6. Percepción de empoderamiento en salud de los padres de los escolares en estudio

| Empoderamiento | F | % |
|--------------------|----|-------|
| Sin empoderamiento | 38 | 67.9 |
| Con empoderamiento | 18 | 32.1 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: Escala de autocuidado de la familia.



ANÁLISIS BIVARIADO

En la tabla 7 se puede observar que las familias funcionales recayeron en el sexo femenino con el 70.6% (24), con una X^2 de 1.497, $g=1$ y un valor de $p=0.221$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 7. Funcionalidad familiar y sexo de los padres de los escolares

| Sexo | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|-----------|------------------------|----------------------|-------|--------------------|---------------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Masculino | <i>f</i> | 10 | 10 | 1.497 ^a | .221 |
| | % | 29.4% | 45.5% | | |
| Femenino | <i>f</i> | 24 | 12 | | |
| | % | 70.6% | 54.5% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | | |
| | % | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)

En la tabla 8 se puede observar que las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron más frecuentes los que profesan la religión católica con el 52.9% (18), con una X^2 de 2.669, $g=1$ y un valor de $p=0.446$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 8. Funcionalidad familiar y religión que profesan los padres de los escolares

| Religión | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|-------------|------------------------|----------------------|-------|--------------------|---------------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Católica | <i>f</i> | 18 | 16 | 2.669 ^a | .446 |
| | % | 52.9% | 72.7% | | |
| Protestante | <i>f</i> | 8 | 4 | | |
| | % | 23.5% | 18.2% | | |
| Evangélica | <i>f</i> | 5 | 1 | | |



| | | | | | | |
|---------|----------|-------|------|------|--|--|
| | % | 14.7% | 4.5% | 10.7 | | |
| Ninguno | <i>f</i> | 3 | 1 | 4 | | |
| | % | 8.8% | 4.5% | 7.1 | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)

En la tabla 9 se puede observar que las familias con funcionalidad fueron mayores con el nivel socioeconómico medio con el 82.4% (28), con una X^2 de 1.878, $g=1$ y un valor de $p=0.391$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 9. Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico de los padres de los escolares

| Nivel Socioeconómico | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|----------------------|------------------------|----------------------|-------|--------------------|---------------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Alto | <i>f</i> | 1 | 0 | 1.878 ^a | .391 |
| | % | 2.9% | 0% | | |
| Medio | <i>f</i> | 28 | 16 | 44 | 78.6% |
| | % | 82.4% | 72.7% | | |
| Bajo | <i>f</i> | 5 | 6 | 11 | 19.6% |
| | % | 14.7 | 27.3 | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | 100% |
| | % | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 10, se puede notar que las familias que tuvieron algún rango de funcionalidad también fueron más frecuentes en el grado de escolaridad profesional con el 35.3% (12), con una X^2 de 4.045, $gl=1$ y un valor de $p=0.543$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 10. Funcionalidad familiar y escolaridad de los padres de los escolares

| Escolaridad | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ | |
|-----------------|------------------------|----------------------|-------|-------|--------------------|------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | | |
| Secundaria | <i>f</i> | 1 | 0 | 1 | 4.045 ^a | .543 |
| | % | 2.9% | 0% | | | |
| Bachillerato | <i>f</i> | 11 | 3 | 14 | | |
| | % | 32.4% | 13.6% | 25% | | |
| Carrera Técnica | <i>f</i> | 8% | 9 | 17 | | |
| | % | 23.5% | 40.9% | 30.4% | | |
| Profesional | <i>f</i> | 12 | 8 | 20 | | |
| | % | 35.3% | 36.4% | 35.7% | | |
| Maestría | <i>f</i> | 1 | 1 | 2 | | |
| | % | 2.9% | 4.5% | 3.6% | | |
| Doctorado | <i>f</i> | 1 | 1 | 2 | | |
| | % | 2.9% | 4.5% | 3.6% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 11 se puede observar que las familias que tuvieron algún rango de funcionalidad también fueron la mayoría que tuvieron el estado civil de casado con el 50% (17), con una X^2 de .440, $g=1$ y un valor de $p=0.802$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 11. Funcionalidad familiar y estado civil de los padres de los escolares

| Estado Civil | | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|--------------|----------|------------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|
| | | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Soltero | <i>f</i> | 7 | 3 | 1 | .440 ^a | .802 |
| | % | 20.6% | 13.6% | 1.8% | | |
| Casado | <i>f</i> | 17 | 12 | 14 | | |
| | % | 50% | 54.5% | 25% | | |
| Unión Libre | <i>f</i> | 10 | 7 | 17 | | |
| | % | 29.4% | 31.8% | 30.4% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 12 se puede observar que las familias con algún rango de disfuncionalidad también fueron la mayoría que padecieron ninguna enfermedad con el 64.7% (22), con una X^2 de 2.001, $gl=1$ y un valor de $p=0.735$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 12. Funcionalidad familiar y enfermedades que padecen los padres de los escolares

| Enfermedad que Padecen los Padres | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ | |
|-----------------------------------|------------------------|----------------------|-------|-------|--------------------|------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | | |
| Obesidad | <i>f</i> | 4 | 2 | 6 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 11.8% | 9.1% | | | |
| Asmático | <i>f</i> | 3 | 3 | 6 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 8.8% | 13.6% | 10.7% | | |
| Hipertiroidismo | <i>f</i> | 0% | 1 | 1 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 0% | 4.5% | 1.8% | | |
| Alergia | <i>f</i> | 5 | 3 | 8 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 14.7% | 13.6% | 14.3% | | |
| Ninguna | <i>f</i> | 22 | 13 | 35 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 64.7% | 59.1% | 62.5% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | 2.001 ^a | .735 |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 13 se puede observar que las familias con funcionalidad también fueron la mayoría que no tienen algún antecedente de enfermedades crónicas, con el 67.6 % (23), con una X^2 de 0.978^a, $g=1$ y un valor de $p=0.323$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 13. Funcionalidad familiar y padres de escolares con antecedentes de enfermedades crónicas.

| Antecedentes de Enfermedades crónicas | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|---------------------------------------|------------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Si | <i>f</i> | 11 | 10 | .978 ^a | .323 |
| | % | 32.4% | 45.5% | | |
| No | <i>f</i> | 23 | 12 | | |
| | % | 67.6% | 54.5% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | | |
| | % | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 14 se puede observar que las familias con funcionalidad también fueron la mayoría con familias tradicional por su desarrollo en base a su desarrollo tradicional, con un 55.9% (19), con una X^2 de 0.847^a, $g/1$ y un valor de $p=0.357$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 14. Funcionalidad familiar y su familia con base a su desarrollo, de los padres de los escolares.

| Por su desarrollo | | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|-------------------|----------|------------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|
| | | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Moderna | <i>f</i> | 15 | 7 | 22 | .847 ^a | .357 |
| | % | 44.1% | 31.8% | 39.3% | | |
| Tradicional | <i>f</i> | 19 | 15 | 34 | | |
| | % | 55.9% | 68.2% | 60.7% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSil en padres de los escolares estudiados (n=56)

En la tabla 15 se puede observar que las familias con funcionalidad también fueron la mayoría la urbana, con base a su demografía, con un 85.3% (29), con una X^2 de .120^a, $g/1$ y un valor de $p=0.729$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 15. Funcionalidad familiar y su familia con base a su demografía de los padres de los escolares.

| Por su demografía | | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|-------------------|----------|------------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|
| | | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Urbana | <i>f</i> | 29 | 18 | 22 | .120 ^a | .729 |



| | | | | | | |
|-------|----------|-------|-------|-------|--|--|
| | % | 85.3% | 81.8% | 39.3% | | |
| Rural | <i>f</i> | 5 | 4 | 34 | | |
| | % | 14.7% | 18.2% | 60.7% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)

En la tabla 16 se puede observar que las familias con disfuncionalidad también fueron la mayoría familias integradas, con base a la clasificación de familias por su integración, con un 70.6% (24), con una X^2 de 1.865^a, $g=1$ y un valor de $p=0.172$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 16. Funcionalidad familiar y su familia con base a su integración de los padres de los escolares.

| Por su integración | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|--------------------|------------------------|----------------------|-------|--------------------|---------------|
| | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Integrada | <i>f</i> | 24 | 19 | 1.865 ^a | .172 |
| | % | 70.6% | 86.4% | | |
| Semiintegrada | <i>f</i> | 10 | 3 | 13 | 23.2% |
| | % | 29.4% | 13.6% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | 100% |
| | % | 100% | 100% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)



En la tabla 17 se puede observar que las familias con funcionalidad también fueron la mayoría las que están en la fase del ciclo vital de matrimonio, con un 76.5% (26), con una X^2 de .126^a, $g=1$ y un valor de $p=0.939$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 17. Funcionalidad familiar y la fase del ciclo vital de las familias de los padres de los escolares.

| Ciclo vital | | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|---------------|----------|------------------------|----------------------|--------|-------------------|---------------|
| | | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Matrimonio | <i>f</i> | 26 | 16 | 42 | .126 ^a | .939 |
| | % | 76.5% | 72.7% | 75.0% | | |
| Expansión | <i>f</i> | 5 | 4 | 9 | | |
| | % | 14.7% | 18.2% | 16.1% | | |
| Independencia | <i>f</i> | 3 | 2 | 5 | | |
| | % | 8.8% | 9.1% | 8.9% | | |
| Total | <i>f</i> | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)

En la tabla 18 se puede observar que las familias con funcionalidad tuvieron mayor prevalencia por la crisis familiares de tipo normativa, con un 73.5% (25), con una X^2 de .100^a, $g=1$ y un valor de $p=0.752$, siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 18. Funcionalidad familiar y las crisis en que se encuentran las familias de los padres de los escolares.

| Crisis Familiares | | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Total | X^2 | $p \leq 0.05$ |
|-------------------|----------|------------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|
| | | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA DISFUNCIONAL | | | |
| Normativa | <i>f</i> | 25 | 17 | 42 | .100 ^a | .752 |
| | % | 73.5% | 77.3% | 75.0% | | |
| No normativa | <i>f</i> | 9 | 5 | 14 | | |



| | | | | | | |
|-------|---|--------|--------|--------|--|--|
| | % | 26.5% | 22.7% | 25.0% | | |
| Total | f | 34 | 22 | 56 | | |
| | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSIL en padres de los escolares estudiados (n=56)

De acuerdo a la variable de obesidad, se observó que los niños sin obesidad se encontraron con empoderamiento en el 80.0% (20), con una $X^2 = 2.291^a$ y valor de $p=0.130$.

43

Tabla 19. Obesidad en los escolares y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Obesidad | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | X^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|--------------|-----|--------------------|--------------------|--------|--------------------|----|----------|-------|-------------|------------|
| Con Obesidad | f | 12 | 5 | 17 | 2.291 ^a | 1 | .130 | 1.449 | 0.929 2.261 | .007 |
| | % | 38.7% | 20.0% | 30.4% | | | | | | |
| Sin Obesidad | f | 19 | 20 | 39 | | | | | | |
| | % | 61.3% | 80.0% | 69.6% | | | | | | |
| Total | f | 31 | 25 | 56 | | | | | | |
| | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | | | | | |

Fuente: Escala de función familiar FF-Sil en padres de los escolares estudiados (n=56)

*Prueba exacta de Fisher ($p \leq 0.05$).

Aquellos escolares que no presentaron obesidad tienen una $RP=1$ (10%) veces más probabilidad de tener empoderamiento comparado con aquellos quienes presentaron obesidad, obteniendo un IC95% Li 0.929, Ls 2.261 y valor de $p=0.007$, estadísticamente significativa.

De acuerdo a la funcionalidad familiar, se observó que la mayoría de las familias sin empoderamiento tuvieron una familia disfuncional en el 67.6% (23), con una $X^2 = 0.002^a$ y valor de $p=0.967$ estadísticamente no significativo.

Tabla 20. Función Familiar y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Función Familiar | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | X^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|----------------------|-----|--------------------|--------------------|--------|--------------------|----|----------|-------|-------------|------------|
| Familia Funcional | f | 15 | 7 | 22 | 0.002 ^a | 1 | 0.967 | 1.008 | 0.697 1.456 | .005 |
| | % | 68.2% | 31.8% | 100.0% | | | | | | |
| Familia Disfuncional | f | 23 | 11 | 34 | | | | | | |
| | % | 67.6% | 32.4% | 100.0% | | | | | | |



| | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|-------|--------|--|--|--|--|--|
| Total | f | 38 | 18 | 56 | | | | | |
| | % | 67.9% | 32.1% | 100.0% | | | | | |

Fuente: Escala de función familiar FFSil en padres de los escolares estudiados (n=56)

Aquellas familias que presentaron disfunción familiar tienen una $RP=1(10\%)$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos quienes presentaron familias funcionales, obteniendo un IC95% Li 0.697, Ls 1.456 y valor de $p=0.005$, estadísticamente significativa.

De acuerdo al uso de redes sociales que manejan los padres de estas familias, se observó que la mayoría de las familias sin empoderamiento tuvieron más tendencia al uso del WhatsApp en el 64.5% (20), con una $X^2 = 4.507^a$ y valor de $p=0.34$ siendo estadísticamente significativo.

Tabla 21. Uso de redes sociales y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Redes Sociales | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | X^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|----------------|--------|--------------------|--------------------|--------------|--------------------|----|----------|------|------------|------------|
| Facebook | f % | 11 35.5% | 16 64.0% | 27 48.2% | 4.507 ^a | 1 | .034 | .591 | 0.353 .990 | .031 |
| WhatsApp | f % | 20 64.5% | 9 36.0% | 29 51.8% | | | | | | |
| Total | f % | 31 100.0% | 25 100.0% | 56 100.0% | | | | | | |

Aquellas familias que presentaron mayor uso de la red social WhatsApp, tienen una $RP=.591$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos quienes usan Facebook, obteniendo un IC95% Li 0.353, Ls .990 y valor de $p=0.031$, estadísticamente significativa.



En esta tabla se observa a las familias por su clasificación por su demografía, y se observó que la mayoría se encuentran siendo urbanas y sin empoderamiento en el 80.6% (25), con una $\chi^2 = .555^a$ y valor de $p=0.456$ siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 22. Clasificación de las familias por su demografía y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Familias por su demografía | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | χ^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|----------------------------|--------|--------------------|--------------------|--------------|-------------------|----|----------|------|-------------|------------|
| Urbana | f % | 25 80.6% | 22 88.0% | 47 83.9% | .555 ^a | 1 | .456 | .798 | 0.468 1.361 | .004 |
| Rural | f % | 6 19.4% | 3 12.0% | 9 16.1% | | | | | | |
| Total | f % | 31 100.0% | 25 100.0% | 56 100.0% | | | | | | |

Aquellas familias que presentaron demografía de forma urbana tienen una RP=.798 veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos quienes se encuentran en demografía rural, obteniendo un IC95% Li 0.468, Ls 1.361 y valor de $p=0.004$, siendo estadísticamente significativa.



En esta tabla se observa a las familias por su clasificación, y se encontró que la mayoría de las que fueron integradas se percibieron sin empoderamiento en el 80.6% (25), con una $X^2 = .580^a$ y valor de $p=0.446$ siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 23. Clasificación de las familias por su integración y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Familias por su integración | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | X^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|-----------------------------|--------|--------------------|--------------------|--------------|-------------------|----|----------|-------|-------------|------------|
| Integrada | f % | 25 80.6% | 18 72.0% | 43 76.8% | .580 ^a | 1 | .446 | 1.260 | 0.665 2.388 | .023 |
| Semiintegrada | f % | 6 19.4% | 7 28.0 % | 13 23.2% | | | | | | |
| Total | f % | 31 100.0% | 25 100.0% | 56 100.0% | | | | | | |

Aquellas familias que presentaron familias integradas tienen una RP= 1.260 veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos quienes se enfocaron semiintegradas, obteniendo un IC95% Li 0.665, Ls 2.388 y valor de $p=0.023$, siendo estadísticamente significativa.



En esta tabla se observa a las familias según el tipo de crisis por las que atraviesan, encontrándose la mayoría en crisis de tipo normativa y sin empoderamiento en el 74.2% (23), con una $X^2 = .024^a$ y valor de $p=0.877$ siendo estadísticamente no significativo.

Tabla 24. Según crisis familiar por las que atraviesan las familias y percepción del empoderamiento sobre el cuidado de su salud.

| Crisis Familiar | f/% | Sin Empoderamiento | Con Empoderamiento | Total | X^2 | gl | $p=0.05$ | RP | IC95% | * $p=0.05$ |
|-----------------|--------|--------------------|--------------------|--------------|-------------------|----|----------|------|-------------|------------|
| Normativa | f % | 23 74.2% | 19 76.0% | 42 75.0% | .024 ^a | 1 | .877 | .958 | 0.564 1.629 | .052 |
| Paranormativa | f % | 8 25.8% | 6 24.0 % | 14 25.0% | | | | | | |
| Total | f % | 31 100.0% | 25 100.0% | 56 100.0% | | | | | | |

Aquellas familias que presentaron crisis de tipo normativa tienen una $RP = .958$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos quienes se encuentran en crisis paranormativa, obteniendo un $IC95\%$ Li 0.564, Ls 1.629 y valor de $p=0.052$, siendo estadísticamente significativa.



10. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que los factores que se asocian a la presencia de obesidad y sobrepeso de los escolares son la función familiar, es decir, aquellos pacientes con una familia disfuncional presentan obesidad y sobrepeso, resultados que coinciden con lo reportado por Paz Morales y colaboradores en un estudio realizado en Hermosillo, Sonora, México, en donde la mayoría de los padres de familia presentaron alguna alteración en la funcionalidad familiar asociada al estado nutricional de sus hijos.³⁹ Otro estudio realizado en Brasil por Bernardo nos demuestra que la funcionalidad familiar influye en el control de peso de los escolares, así también en el control metabólico.⁴⁰ De igual manera otra investigación desde la perspectiva del entorno escolar realizado por Canuto señala que existe una alta prevalencia de escolares con sobrepeso y obesidad.⁴¹

De acuerdo con los hallazgos reportados en este estudio se encontró asociación en los escolares con sobrepeso y obesidad con el nivel socioeconómico, así como también el grado de estudios de los padres, datos similares se muestran de forma contundente en un estudio realizado en Sevilla España por Martos, en la revista Anales de Pediatría, menciona que la obesidad escolar está asociada fuertemente a factores sociodemográficos como es el nivel socioeconómico de las familias, la edad de los padres, así como la escolaridad de los mismos, sumando todo esto a la obesidad parental como comorbilidad asociada.⁴²

Se observó que la mayoría de las familias sin empoderamiento tuvieron una familia disfuncional en más de la mitad de ellas, resultados que concuerdan con la literatura mundial donde se recalca que el empoderamiento según la OPS se refiere a la toma de control sobre su vida, es decir, a la capacidad de distinguir opciones, toma decisiones y ponerlas en práctica.⁴³ En tal sentido, la familia tiene un papel clave en la toma de decisiones en salud y su funcionamiento como se ha podido constatar afecta la capacidad en términos de conocimientos, habilidades y actitudes de cuidado de la salud.



El empoderamiento de las madres de familia es sin duda una fortaleza para el núcleo familiar, como menciona Castillo Guerra en la revista empoderamiento femenino, que son las que toman las decisiones de qué comprar para preparar los alimentos, así como seleccionar el proceso como realizarlo, teniendo entonces un papel fundamental, por lo que efecto del empoderamiento femenino tiene un impacto importante sobre la nutrición de los escolares y de su familia.⁴⁴

Los médicos familiares deben promover la necesidad de apoyo de la familia, así como el empoderamiento de los padres como una estrategia para la adopción de estilos de vida saludables para la toma de decisiones compartidas.⁴⁵ De tal manera que puedan participar activamente en el manejo de su propia condición de salud y tomar decisiones para promover el autocuidado del núcleo familiar.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden condicionar un área de mejora, así como contribuir al conocimiento para ser tomado en cuenta por el personal de salud, para el manejo integral de esta condición patológica. Por consecuencia estas medidas implementadas apoyarían a la disminución de las enfermedades crónicas degenerativas con visión a la población adulta, logrando así la reducción de la mortalidad, complicaciones y secuelas, visto como los principales riesgos de esta patología.



11. CONCLUSIONES

Con los resultados de esta tesis podemos concluir que existe asociación entre el sobrepeso y la obesidad de los escolares y los factores familiares. Dentro de las familias estudiadas con disfuncionalidad familiar fue donde se presentó el sobrepeso y obesidad en los hijos en edad escolar, resultado que fue estadísticamente significativo.

Un tercio de los niños estudiados presentaron sobrepeso y obesidad, viven dentro de familias integradas, al cuidado de las madres, amas de casa, que fueron adultos jóvenes, casadas. Llama la atención que el nivel de escolaridad de ambos padres fue de licenciatura y profesan la religión católica.

La mayoría de las familias con escolares con sobrepeso y obesidad se percibieron sin empoderamiento en el cuidado de la salud.

Las dimensiones de la funcionalidad familiar que resultaron alteradas en este estudio fueron la permeabilidad, seguido de la cohesión, la comunicación y la adaptabilidad.

Se concluye en este estudio que los padres de familia y principalmente las madres fueron quienes resultaron más activas en la atención de los escolares, representando un riesgo en la conducta alimentaria de los hijos.

Por lo que el empoderamiento familiar y las dimensiones de funcionalidad familiar que salieron afectadas deben ser fortalecidos dentro del núcleo familiar.



12. RECOMENDACIONES

A los servicios de salud

Capacitar constantemente a los médicos y personal de enfermería el manejo integral del sobrepeso y obesidad.

Dar seguimiento a los casos detectados para evaluar progreso y en caso de ser necesario modificar la intervención.

A la familia

Es importante fomentar desde el inicio del ingreso a la dieta familiar, la ingesta de alimentos propios del plato del buen comer.

Evitar alimentos procesados, azúcares añadidos y grasas saturadas.

Fijar un día destinado a la familia y que esta incluya, la práctica de actividad física como caminar, correr, nadar o andar en bicicleta.

Practicar al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa por semana.

Limitar el tiempo que destina la familia frente a la televisión o cualquier dispositivo móvil, principalmente los escolares, por lo que se recomienda menos de 2 horas al día.

Empoderar a los padres de escolares con sobrepeso y obesidad sobre el cuidado de la salud de su familia.

Dar a conocer a los padres de familia las guías anticipadas para el cuidado y control del sobrepeso y obesidad.

Fomentar hábitos saludables en la familia, cocinar juntos, realizar ejercicio juntos o salir a caminar en familia.

Desde el punto de vista de un sistema, todos los miembros de la familia deben apoyar, si alguien tiene obesidad o sobrepeso, incluirse en la dieta principalmente.



A los médicos familiares

Retomar el expediente médico familiar en cada núcleo básico, el cual contenga los principales instrumentos de medición de funcionalidad familiar y el Familiograma.

Referir oportunamente a los escolares con sobrepeso y obesidad a los servicios complementarios para mejorar su estado de salud.

Fortalecer las tareas del desarrollo de acuerdo al ciclo vital, mediante guías anticipadas darles seguimiento.

Al equipo de salud

Crear un programa de atención multidisciplinaria, para los escolares y sus familias con el fin de empoderarlos con su enfermedad y lograr la prevención de complicaciones.

Implementar de forma habitual visitas domiciliarias, a los escolares con sobrepeso y obesidad, en compañía del personal de enfermería y trabajo social, con el objetivo de conocer el entorno familiar y detectar factores de riesgo.

Dar seguimiento a las familias integrantes del modelo de trabajo con familias, así como a sus perspectivas, para continuar evaluando los logros y alcances de este modelo.



13. ANEXOS



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
CESSA TIERRA COLORADA
División Académica de Ciencias de la Salud
Especialidad en Medicina Familiar



CUESTIONARIO PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESCOLARES DE LA ESCUELA PRIMARIA GRACIELA PINTADO DE MADRAZO

Instrucciones: A continuación subraye la respuesta que se acerque más a su opinión, por favor no omita ninguna.

I.-VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

- 1.- Edad: _____
- 2.- Sexo: _____ 1) Masculino _____ 2) Femenino _____
- 3.- Religión: 1) Católica _____ 2) Protestante _____ 3) Ninguna _____
- 4.- Nivel socioeconómico 1) Alto _____ 2) Medio _____ 3) Bajo _____
- 5.- Escolaridad 1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) carrera técnica 5) Profesional 6) Especialidad 7) Maestría 8) Doctorado
- 6.- Estado civil: 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viudo 5) Divorciado 6) Separado
- 7.- Que enfermedades padece:
1) Diabetes 2) Hipertensión 3) Obesidad 4) Dislipidemias 5) Otro cual _____
- 8.- Tiene antecedentes heredo familiares de enfermedades crónicas SI ___ NO_ Cuál _____
- 9.- ¿Tiene disposición para mejorar los estilos de vida en su familia? SI ___ NO_
- 10.- ¿Qué redes sociales maneja? 1) Facebook 2) Whatsapp 3) _____
- 11.- ¿Qué plataformas de capacitación maneja? 1) Zoom 2) Teams 3) Google 4) otra _____
- 12.- En que turno prefiere las capacitaciones para mejorar estilos de vida?
1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno
13. ¿Subraye el tema que considera básico para mejorar estilos de vida?
1) Nutrición 2) Ejercicio 3) Auto estima 4) Enfermedades crónicas 5) Estilo de vida saludable 6) Otros cual? _____

Las siguientes preguntas serán respondidas con ayuda del encuestador médico.

TIPO DE FAMILIA

- 7.- Con base en su desarrollo: Moderna () Tradicional ()
- 8.- Con base en su Demografía: Urbana () Rural ()
- 9.- Con base en su Integración: 1) Integrada 2) Semi integrada 3) Desintegrada
- 10.- En base a la ocupación del jefe: 1) Campesina 2) Obrera 3) Técnica 4) Profesional
- 11.- Ciclo vital de la familia: 1) matrimonio 2) Expansión 3) Dispersión 4) Independencia 5) retiro-muerte
12. Tipo de crisis familiar: 1) Normativa 2) No normativa



TEST DE EVALUACION PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESCOLARES

Fecha _____ Folio _____

Instrucciones:

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia, necesitamos que usted clasifique y marque con una cruz su respuesta según la frecuencia con que se presente en su familia.

| Situaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
| 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. | | | | | |
| 2. En mi casa predomina la armonía. | | | | | |
| 3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades. | | | | | |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana. | | | | | |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. | | | | | |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9. Se distribuyen las tareas de forma de que nadie esté sobrecargado. | | | | | |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. | | | | | |
| 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. | | | | | |
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | | | | | |

| | |
|----------------------------|-------|
| Funcional | 57-70 |
| Moderadamente Disfuncional | 43-56 |
| Disfuncional | 28-42 |
| Severamente Disfuncional | 14-27 |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco



Cuestionario de empoderamiento en el autocuidado de la salud

INSTRUCCIONES. Siempre lea al paciente la frase: "En general creo que yo" en seguida lea la frase numerada (en orden) y anote su respuesta (con una cruz "X") en la casilla que mejor represente su acuerdo o su desacuerdo.

En general creo que yo:

| No. | item | Muy en desacuerdo 1 | En desacuerdo 2 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 | De Acuerdo 4 | Muy de acuerdo 5 |
|-----|--|------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|
| 1. | Puedo identificar con qué acciones del cuidado de la salud de mi familia estoy Insatisfecho | | | | | |
| 2. | En relación con mi salud y la de mi familia soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto | | | | | |
| 3. | Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con el cuidado de mi salud y la de mi familia | | | | | |
| 4. | Puedo encontrar maneras para sentirme bien aunque yo o mi familia tenga algún problema de salud | | | | | |
| 5. | Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa no estar sano | | | | | |
| 6. | Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud y la de mi familia | | | | | |
| 7. | Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi salud y la de mi familia | | | | | |
| 8. | Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud y de mi familia | | | | | |



14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweigh>

² Reyes MIJ. Asociación entre la tipología familiar y la obesidad en escolares de una Unidad de Medicina Familiar. 2020 [citado el 22 de enero de 2024]; Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2142>

³ OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁴ La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños. Epistemonikos. Available from: <https://www.epistemonikos.org/es/documents/a433ddec8d16bac3c387e921591fd9dd15182095#:~:text=Lo%20refractario%20de%20su%20tratamiento%20y%20el%20hecho>

⁵ Loveman E, Al-Khudairy L, Johnson RE, Robertson W, Colquitt JL, Mead EL, et al. Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. Cochrane Libr [I];2015(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012008>



⁶ Flores-Huerta Samuel, Klünder-Klünder Miguel, Medina-Bravo Patricia. La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2008 Dic; 65(6): 626-638. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600018&lng=es.

⁷ Mercado P, Vilchis G. La obesidad infantil en México. Revista Semestral Tercera Época Año XVII Número [Internet]. 2013;28. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a05.pdf>

⁸ Shamah-Levy Teresa, Cuevas-Nasu Lucía, Gaona-Pineda Elsa Berenice, Gómez-Acosta Luz María, Morales-Ruán Ma. del Carmen, Hernández-Ávila Mauricio et al . Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2018 Jun; 60(3): 244-253. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300005&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8815>

⁹ Aguilera-Bocanegra SP, Gamez-Fernández A, Navarro-Perez JA, Solares-Alvarado AP, Tinajero-Castro CM, Trejo-Nava EP, Ozuna C. El sobrepeso y la obesidad infantil en México y su relación con el consumo de azúcares . JC [Internet]. 9 de septiembre de 2022;16:1-7. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3555>

¹⁰ Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. Cochrane Libr [Internet]. 2014;(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009728.pub2>



¹¹ Baran R, Baran J, Leszczak J, Bejer A, Wyszynska J. Sociodemographic and socioeconomic factors influencing the body mass composition of school-age children. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141532/>

¹² Garcia LMT, Hunter RF, de la Haye K, Economos CD, King AC. Un marco conceptual orientado a la acción para soluciones sistémicas de prevención de la obesidad infantil en Latinoamérica y en las poblaciones latinas de Estados Unidos. *Obes Rev* [Internet]. 2021;22(S5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/obr.13354>

¹³ Silva Froján C, Payeras Mas F, Salvador Rodríguez FJ, Frühbeck Martínez G. Obesidad. Concepto. Clasificación. Implicaciones fisiopatológicas. Complicaciones asociadas. Valoración clínica. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2004;9(19):1167–75. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1283492>

¹⁴ Huang L, Zhao K, Zhu H, Li X, Yang Y, Hou G, Zhu S, Xu Q. Características familiares en adolescentes con sobrepeso u obesidad: un análisis de redes. *Pediatr frontal*. 25 de octubre de 2023;11:1282117. doi: 10.3389/fped.2023.1282117. PMID: 38034834; PMCID: PMC10686212.

¹⁵ Cuevas-Nasu L, Muñoz-Espinosa A, Shamah-Levy T, García-Feregrino R, Gómez-Acosta LM, Ávila-Arcos MA, Rivera-Dommarco JA. Estado de nutrición de niñas y niños en México. *Ensanut 2022. Salud Publica Mex*. 2023 Jun 13;65:s211-s217. Spanish. doi: 10.21149/14799. PMID: 38060958.



- ¹⁶ Márquez I, Tolentino-Mayo L, Barquera S. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la población infantil: el derecho a la información. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020; 92–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33984216/>
- ¹⁷ Aguilar-Cordero MJ, León Ríos XA, Rojas-Carvajal AM, Latorre-García J, Expósito-Ruiz M, Sánchez-López AM. Efectos de la actividad física en la calidad de vida en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp*. 29 de julio de 2021; 38(4):736-741. Inglés. doi: 10.20960/nh.03373. PMID: 34092077.
- ¹⁸ López Sobaler AM, Aparicio Vizuite A, Salas González MD, Loria Kohen V, Bermejo López LM. Childhood obesity in Spain and associated factors. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021;38(Spec2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34323095/>
- ¹⁹ Orozco-Núñez E, Torres-de la Rosa CP, Reséndiz-Lugo Óscar, Pacheco-Miranda S, Chávez-Ayala R, Cerecer-Ortiz N, Arredondo-López A. Factores socioculturales de la vulnerabilidad al sobrepeso durante los primeros años de vida en México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 26 de agosto de 2022. 64(5, sept-oct):515-21. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13708>
- ²⁰ De-Jongh González O, Escalante Izeta EI, Ojeda García A. Comprendiendo la obesidad infantil como una condición bio-psico-social. *Rev. cuba. psicol.* [Internet]. 20 de enero de 2023 ;4(6). Disponible en: <https://revistas.uh.cu/psicocuba/article/view/311>
- ²¹ Curado FA, Carolina A. Obesidad infantil, factores desencadenantes y relación de la influencia familiar: una revisión sistemática. 2022; Disponible en: <https://repositorio.uai.edu.ar/items/b78f0575-65b0-4c3b-ba62-ead63e9dd5c2>



- ²² Ojeda Caizaluisa MB, Peña Cordero SJ. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la obesidad infantil: revisión sistemática. AP [Internet]. 6 de febrero de 2023;5(1.1):70-88. Disponible en: <https://alfapublicaciones.com/index.php/alfapublicaciones/article/view/320>
- ²³ Paz-Morales M de LÁ, Martínez-Martínez A, Guevara-Valtier MC, Ruiz-González KJ, Pacheco-Pérez LA, Ortiz-Félix RE. Funcionalidad familiar, crianza parental y su relación con el estado nutricional en preescolares. Aten Primaria [Internet]. 2020;52(8):548–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.017>
- ²⁴ “Súper-saludables”: una propuesta de programa de educación para la salud a través del juego para acabar con la obesidad infantil - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. Universidad de Zaragoza. 2021. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/107280>
- ²⁵ Pérez Ortiz A, Ortega Luyando M, Amaya Hernández A. Programas de prevención de obesidad infantil en México: una revisión sistemática PICO. Psic y Sal [Internet]. 2021;31(2):169–77. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2686>
- ²⁶ Aguilera-Bocanegra SP, Gamez-Fernández A, Navarro-Perez JA, Solares-Alvarado AP, Tinajero-Castro CM, Trejo-Nava EP, et al. El sobrepeso y la obesidad infantil en México y su relación con el consumo de azúcares . JC [Internet]. 9 de septiembre de 2022;16:1-7. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3555>



- ²⁷ Jorge M, Vargas L, Cinys M, Pacheco MS. Espm.mx. [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: https://catalogo.espm.mx/files/tes/CalixtoLopezLorena_2022.pdf
- ²⁸ Luz LA. Las ideas de los niños, padres de familia y profesores de primaria sobre las causas de la obesidad infantil. En: XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA | UNAM | 2020. 2021.
- ²⁹ Pérez Gil Romo SE, Romero Juárez AG, Candiani Rodríguez I, Martínez Pimentel LM. Obesidad en México: un acercamiento a la mirada social en los últimos 16 años. Inter Discip [Internet]. 2021;10(26):91. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052022000100091&script=sci_arttext
- ³⁰ Blanco M, Veiga OL, Sepúlveda AR, Izquierdo-Gomez R, Román FJ, López S, et al. Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-controles. Aten Primaria [Internet]. 2020;52(4):250–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717306728>
- ³¹ Alonso SL, Marco IS, Andrés IG, Peiro BM, Guerrero BD, Solera CM. Prevención de la obesidad infantil. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021;2(7):15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068581>
- ³² Vinuesa VEP, Tisalema H, Gavilanez RIA, Cunalata EIJ, Carrión AAM, Aguilar ADS. Obesidad Infantil y Métodos de Intervención. Dominio Las Cienc [Internet]. 2022;8(1):14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383464>



³³ Fernanda M, Casas N, Ana M, Castillo Petersen C. La obesidad infantil como problema de salud pública mundial: los casos de México y los Estados Unidos [Internet]. Unam.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000806587/3/0806587.pdf>

Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, et al. Desarrollo y validación del Instrumento ff para evaluar el funcionamiento familiar. Aten Fam. 2022;29(2):72-78.

³⁵ Espinoza, M., Huaiquían, J., Sanhueza, O., Luengo, L., Valderrama, M. y Ortiz, N. (2020). Validation of the Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA) in Chilean adolescents. Escola Anna Nery, 24(2), 1-7. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0172

³⁶ De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD [Internet]. Gob.mx. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

³⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. vLex. Disponible en: <https://vlex.com.mx/vid/nom-investigacion-salud-seres-humanos-414165983>

³⁸ La investigación biomédica en personas RPG a. LM en. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [Internet]. Gob.mx. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf



³⁹ Paz-Morales MLÁ, Martínez-Martínez A, Guevara-Valtier MC, Ruiz-González KJ, Pacheco-Pérez LA, Ortiz-Félix RE. Funcionalidad familiar, crianza parental y su relación con el estado nutricional en preescolares [Family functioning, parental rearing and its relationship to nutritional status in preschoolers]. Aten Primaria. 2020 Oct;52(8):548-554. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.02.017. Epub 2020 Jun 27. PMID: 32605723; PMCID: PMC7505860.

⁴⁰ Bernardo Cde O, Pudla KJ, Longo GZ, de Vasconcelos Fde A. Factores asociados al estado nutricional de escolares de 7 a 10 años: variables sociodemográficas, estado nutricional dietético y parental. Rev Bras Epidemiol. Septiembre de 2012; 15(3):651-61. Inglés, Portugués. doi: 10.1590/s1415-790x2012000300018. PMID: 23090311.

⁴¹ Canuto M das DP, Silva AVL, Martins JV, Fonseca M de M, Guimarães NS, Soares ADN, et al. Abdominal obesity-related risk factors in children from public schools of Barbacena, Minas Gerais, Brazil. Rev Paul Pediatr. 2022;40:e2020354.

⁴² Martos-Moreno GÁ, Martínez-Villanueva J, González-Leal R, Argente J. Importancia de los factores socioeconómicos en estudios de obesidad. Respuesta de los autores [La importancia de los factores socioeconómicos en los estudios de obesidad. Respuesta de los autores]. An Pediatr (Engl Ed). Diciembre de 2019; 91(6):424. Español. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.06.007. Epub 2019 de julio de 19. PMID: 31331826.

⁴³ OPS. Política de igualdad de género. Publicaciones generales OPS. 2005. Washington, DC.



⁴⁴ Castillo-Guerra S. Efecto del empoderamiento femenino sobre la nutrición infantil en Colombia. *soc.eco* [Internet]. 30 de enero de 2019 [citado 27 de octubre de 2023];(36):106-22. Disponible en: https://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sociedad_y_economia/article/view/6037

⁴⁵ Cardoso Barbosa H, de Queiroz Oliveira JA, Moreira da Costa J, de Melo Santos RP, Gonçalves Miranda L, de Carvalho Torres H, et al. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: An integrative review of the literature. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2021;104(4):689–702. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399121000380>